

📌 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Gli outcome nel trattamento dell'alcoldipendenza.

L'esperienza del SA di piazza Montale – Torino

Bruno Scutтери*, Bruno Tortia**, Emanuele Bignamini***

Introduzione

L'Alcol-Dipendenza è una malattia cronica recidivante nella cui genesi interagiscono in varia misura fattori strettamente associati tra loro di tipo biologico, vulnerabilità genetica, e ambientale.

Va considerata come “il frutto di una relazione patologica di un individuo con la sostanza che si esprime e sviluppa in un dato contesto e che presenta delle ricadute sul piano sociale, familiare, lavorativo, relazionale” (Bignamini *et al.*, 2006).

L'esposizione cronica all'alcol, sul piano neurobiologico, determina un neuroadattamento di molteplici sistemi cerebrali (in particolar modo delle vie dopaminergiche della ricompensa che svolgono un ruolo preminente nella strutturazione del comportamento additivo) che si traduce in una prevalenza funzionale del sistema mesolimbico (le cui funzioni riguardano il piacere, la memoria emozionale, il condizionamento e l'habit, la motivazione all'uso), su quello corticofrontale di controllo. L'abuso cronico di alcol, causa del neuroadattamento, si trasforma in progress in effetto dello stesso, completando così il loop del consumo problematico.

Il trattamento dell'alcol dipendenza è di tipo multimodale integrato ed ha il suo “core” nel trattamento del rapporto con la sostanza e del craving e nel riconoscimento e fronteggiamento delle situazioni ed eventi, interiori e ambientali, che espongono al rischio di ricaduta.

Considerati gli effetti nella vita dell'individuo comprende anche la cura delle patologie correlate, la riabilitazione

psico-socio-relazionale dell'alcol-dipendente e del nucleo familiare e si avvale di strumenti farmacologici e psico-socio-educativi (pse) individuali e di gruppo.

L'integrazione dei trattamenti sanitario e pse, sul piano neurobiologico ha un suo corrispettivo, in particolare la farmacoterapia agisce sulla neurotrasmissione alterata dalla cronica presenza dell'alcol, il trattamento pse svolge un'azione neuroplastica insieme ai vissuti esperienziali e relazionali consentiti dallo stato di sobrietà a cui contribuisce in modo sostanziale il trattamento farmacologico.

Una parte essenziale del trattamento consiste nell'individuazione di obiettivi che sono il risultato di una negoziazione tra le rappresentazioni della malattia dell'operatore e del paziente.

Tali rappresentazioni, in genere divergenti, richiedono un trattamento psico-educativo che le avvicini fino a farle convergere per potere individuare obiettivi trattabili e concordati e per non incorrere nel rischio di indurre il paziente a vivere nuovi fallimenti.

Nel nostro servizio trattiamo questo aspetto sia individualmente sia attraverso un gruppo psicoeducativo di “alfabetizzazione cognitivo-emotiva” che viene attivato sin dalla fase di accoglienza/valutazione diagnostica dei pazienti e richiede come prerogativa, per la partecipazione al gruppo, lo stato di sobrietà, anche se il paziente presenta ancora un rapporto problematico attivo con la sostanza.

L'obiettivo del gruppo è quello di aiutare i pazienti a riconoscere ciò che accade nella propria vita, “dando un nome alle cose”, a riconoscere che molti comportamenti/sintomi, pur declinati attraverso le proprie caratteristiche individuali, fanno parte della malattia e sono comuni a tutti i pazienti affetti da alcoldipendenza, ad ampliare la consapevolezza della malattia andando oltre il giudizio e la colpa.

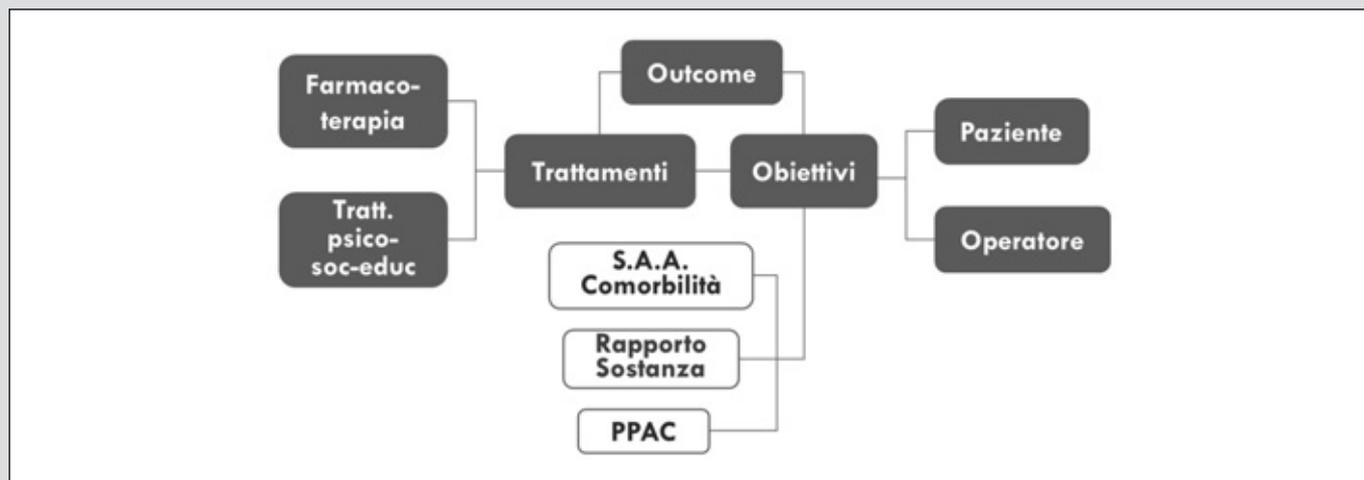
Lo schema della figura 1 riepiloga quanto detto in premessa.

* Referente del Servizio di Alcolologia Torino Nord – SC Dipendenze Torino Nord - SSD Alcolologia.

** Responsabile del Sistema Informativo della Struttura Complessa Dipendenze Torino Nord.

*** Direttore della Struttura Complessa Dipendenze Torino Nord.

Fig. 1 - Relazione tra obiettivi, trattamenti e outcome



Gli obiettivi, come detto, sono individuati attraverso una negoziazione delle due rappresentazioni della malattia, dell'operatore e del paziente.

Il trattamento più efficace è quello che integra l'intervento sanitario e pse.

Gli outcome rappresentano gli esiti dei trattamenti di obiettivi mirati che possiamo riassumere brevemente come segue.

Il trattamento della Sindrome Astinenziale da Alcol (SAA) e della comorbidità, conditio sine qua non del trattamento riabilitativo, il trattamento del rapporto con la sostanza, "core" del trattamento dell'alcoldipendenza, ed il trattamento delle patologie e problematiche alcol correlate (PPAC), ovvero delle ricadute che l'alcoldipendenza ha sul piano psicofisico, affettivo, familiare, socio-relazionale, lavorativo ecc.

Metodologia

Lo studio riguarda i dati clinici di efficacia dei trattamenti dell'utenza in carico al nostro Servizio di Alcologia nell'anno 2016.

L'insieme dei dati raccolti ci ha anche consentito di effettuare un benchmarking tra il SA ed i due SerD del Dipartimento sull'efficacia complessiva dei trattamenti.

I dati vengono raccolti in una scheda del progetto terapeutico, la cui compilazione viene effettuata dalla mini equipe coinvolta sul caso, che include gli obiettivi individuali e i trattamenti mirati corredati di indicatori e standard.

Infine, con cadenza annuale, si verificano gli esiti del trattamento.

In particolare alla fine di ogni anno si verificano gli esiti dell'anno in corso e si individuano gli obiettivi per l'anno successivo.

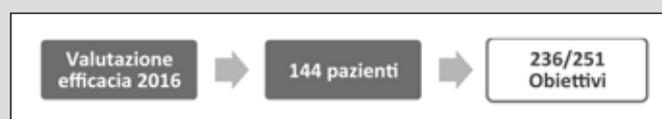
Ovviamente, per i nuovi utenti che hanno ultimato la fase di valutazione diagnostica, si procederà esclusivamente all'individuazione dei primi obiettivi del progetto terapeutico che saranno poi verificati alla fine dell'anno.

Dalla compilazione delle schede obiettivi vengono esclusi gli utenti che hanno ancora la cartella clinica aperta, ma che sono stati persi di vista e sui quali al momento non è possibile individuare obiettivi concordati (le cartelle cliniche vengono chiuse o in seguito alle dimissioni dell'utente o a distanza di un anno dalla perdita del contatto con il paziente) e gli utenti che hanno una presa in carico inferiore ai tre mesi, tempo necessario per completare la prima fase diagnostica propedeutica alla formulazione del progetto terapeutico.

Per tale ragione a fronte di un'utenza complessiva afferente al nostro servizio nell'intero anno 2016 corrispondente a 212 utenti, i dati di efficacia verificati riguardano 144 pazienti per i quali sono stati individuati 251 obiettivi, di cui 236 verificati e 15 non verificati.

Vedi figura 2.

Fig. 2 - Numero complessivo pazienti e obiettivi corrispondenti

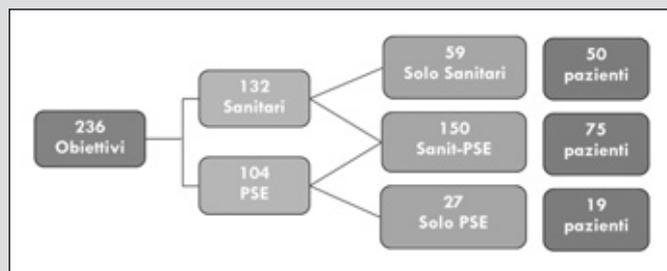


Da questo momento faremo riferimento esclusivamente agli obiettivi verificati.

Risultati

I 236 obiettivi sono stati suddivisi per tipologia secondo lo schema illustrato in figura 3.

Fig. 3 - Suddivisione degli obiettivi per tipologia



Gli obiettivi sanitari sono 132 a fronte di 104 obiettivi pse. A loro volta la maggior parte dei progetti terapeutici, contiene obiettivi sia sanitari sia pse (150), mentre quelli esclusivamente sanitari e pse sono rispettivamente 59 e 27.

Lo schema su riportato evidenzia inoltre il numero corrispondente di pazienti per ciascuna tipologia di obiettivi complessivi per ciascuno dei due SerD e del SA del nostro Dipartimento Dipendenze TO nord ovest.

La valutazione di efficacia viene espressa percentualmente, a seconda del grado di realizzazione, in obiettivi realizzati, parzialmente realizzati e non realizzati.

Le percentuali di piena realizzazione sono molto simili per i tre servizi e si può anche osservare una quasi equivalenza dell'efficacia dei trattamenti tra il SerD1 ed il SA mentre il SerD2 ha una maggiore realizzazione parziale degli obiettivi e di conseguenza una minore percentuale di non realizzazione.

Tab. 1 - Dati di efficacia dei due Serd e del SA

EFFICACIA TRATTAMENTI PER OBIETTIVI - 2016			
	SERD 1	SERD 2	SA
Realizzati	48,1%	47,1%	46,7%
Parzialm. realizzati	29,6%	36,2%	27,9%
Non realizzati	22,3%	16,6%	25,4%

La figura 4 riassume graficamente le percentuali di realizzazione complessiva, totale e parziale dei tre Servizi.

Fig. 4

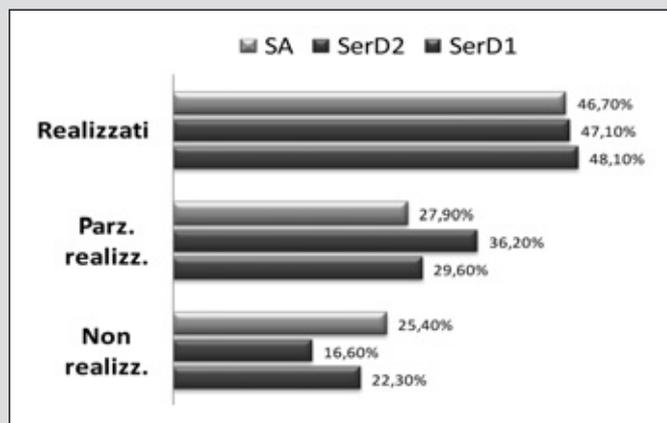
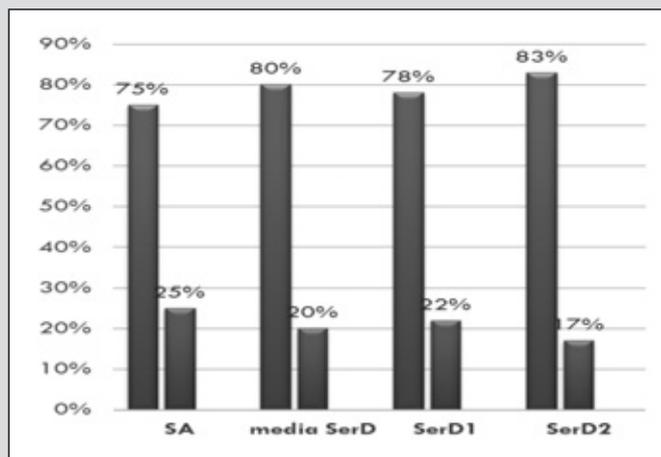


Fig. 5 - Realizzazione complessiva totale e parziale



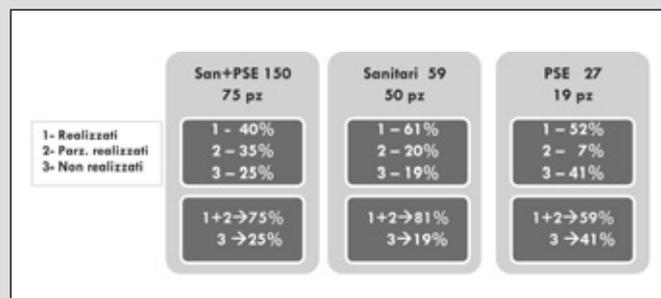
Il grafico qui sopra evidenzia il dato quasi sovrapponibile di efficacia tra la media dei due SerD ed il SA (80% vs 75%)

I valori di efficacia complessiva sono maggiori nel SerD2, 83%, rispetto a SerD1 e SA, rispettivamente 78% e 75%

Abbiamo quindi voluto valutare l'efficacia complessiva dei trattamenti (percentuale di realizzazione totale e parziale) dei tre Servizi confrontando anche l'efficacia del SA col dato medio dei 2 SerD.

Nella tabella 2 vengono riportati i dati di efficacia per ciascuno dei tre gruppi di obiettivi, ovvero sanitari+pse (misti), sanitari e pse.

Tab. 2 - Dati di efficacia per tipologia di obiettivi



Con i numeri 1, 2, 3 si indicano rispettivamente gli obiettivi realizzati, parzialmente realizzati e non realizzati. La tabella evidenzia una significativa percentuale di realizzazione complessiva degli obiettivi sanitari che raggiunge l'81% rispetto a quella degli obiettivi pse, 59%, e degli obiettivi "misti", 75%.

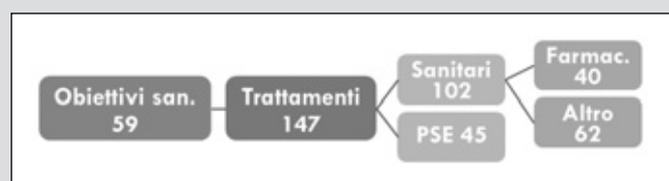
Questa prima osservazione può lasciare presupporre che il trattamento sanitario migliori l'efficacia di quello pse in considerazione dei dati di efficacia complessiva (Sanitaria 81%, pse 59%, misti 75%).

In accordo a quest'ultima osservazione si è voluto entrare nel merito degli obiettivi sanitari, vedi figura 6 in basso, per valutare quali siano i trattamenti impiegati per una così alta realizzazione degli obiettivi.

Bisogna considerare che l'efficacia degli obiettivi sanitari raggiunge l'81%, dato praticamente identico al dato di efficacia complessiva, ovvero riferita a tutte le tipologie di obiettivi dei 2 SerD, che raggiunge l'80%.

La figura 6 rappresenta una zoomata sugli obiettivi sanitari che sono in numero di 59 e per i quali sono stati effettuati 147 trattamenti, di cui 102 sono sanitari e 45 pse.

Fig. 6 - Zoomata sugli obiettivi sanitari: i trattamenti



I 102 trattamenti sanitari, a loro volta, sono suddivisi in terapie farmacologiche (40) ed altro (62), ovvero visite mediche, counseling, prescrizione esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche.

Conclusioni

La complessità di tutti i dati su esposti sollecita alcune considerazioni che meritano di essere discusse.

- L'efficacia del SA è quasi sovrapponibile a quella del SerD (75% vs 80%) in assenza di farmaco agonista. In particolare si è evidenziato che il dato di efficacia degli obiettivi esclusivamente sanitari del SA raggiunge l'81%, dato praticamente identico a quello di efficacia complessiva, ovvero riferita a tutte le tipologie di obiettivi, dei SerD, che raggiunge l'80%.

Addentrando nella tipologia dei trattamenti effettuati per la realizzazione degli obiettivi sanitari (81%) si osserva un impiego significativo di trattamenti pse (in aggiunta a quelli sanitari), 45 su 147 totali, circa 1/3 dei trattamenti complessivi.

- Il dato di efficacia degli obiettivi "misti" è del 75% ed è sostanzialmente superiore alla percentuale di realizzazione degli obiettivi pse che si colloca sul 59%; quella degli obiettivi esclusivamente sanitari è invece dell'81%. In relazione a tali dati si può affermare che l'insieme dei trattamenti sanitari e pse migliora l'efficacia del trattamento pse.

Infatti il dato di efficacia degli obiettivi sia sanitari sia pse (75%) è superiore a quello degli obiettivi esclusivamente pse (59%).

Un'ulteriore considerazione può essere fatta in relazione al dato di efficacia degli obiettivi sanitari, 81%, che è leggermente superiore a quello degli obiettivi misti, 75%.

Gli obiettivi misti contengono quelli pse il cui dato di efficacia sposta verso il basso quello sanitario.

È lecito supporre che l'intervento sanitario per il suo carattere tecnico e di specificità, anche in assenza di farmaco sostitutivo agonista, ma grazie comunque all'ausilio farmacologico, dia maggiore garanzia sia nella scelta degli obiettivi sia sul piano delle aspettative di risultato. L'intervento pse, di contro, richiede un "cambiamento" della persona non mediato chimicamente e quindi più "realizzativo", inevitabilmente meno efficace nel breve termine, ma potenzialmente determinante nel lungo periodo.

- In considerazione della tipologia di trattamenti effettuati nell'ambito degli obiettivi esclusivamente sanitari, si può evincere l'importanza dell'approccio medico complessivo e non esclusivamente farmacologico.

I dati in effetti mostrano che su 102 trattamenti effettuati per 50 pazienti, quelli farmacologici sono 40, mentre gli "altri" trattamenti sono 62 e comprendono visite mediche, counseling, prescrizione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche.

- In ultimo, quello che i dati in apparenza non mostrano. A noi sembra di potere sostenere che il dato di efficacia comprenda un cambiamento sostanziale nell'approccio del paziente alla propria quotidianità che è esito del trattamento, dello stato di astinenza e delle sue ricadute positive nella vita relazionale, affettiva, familiare, lavorativa, sociale ecc.

Questo aspetto meriterebbe un approfondimento ed un confronto tra le realtà che operano nell'ambito dell'alcoldipendenza sulle modalità di approccio pse (più che su quello sanitario) che si diversificano sia in relazione alla storia dei servizi e al loro background culturale, sia per le differenze nella composizione professionale delle diverse equipe, che influenzano l'espressione del trattamento. Infine si è solo accennato al fatto che l'astinenza (e le relazioni affettive e sociali che ne conseguono) svolge un'azione significativa sul piano della neuroplasticità contribuendo ad un migliore armonia psichica che si riflette nelle funzioni espressive, di relazione e di reazione agli stimoli ambientali.

Bibliografia

- Anton R.F. (1999). What Is Craving? Models and Implications for Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3).
- Bignamini E., Arcieri L., Damiani M., Giulio R., Minniti M., Zazza S. (2006). *La dipendenza da sostanze*. Ed. Publiedit.
- Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Ed. Publiedit.
- Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001). Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico. *Boll. Farmacodip. e Alcoolis.*, XXIV(1).
- Gerra G., Zaimovic A. *Craving: aspetti comportamentali e biologici, Vulnerabilità all'Addiction*.
- Gilpin N.W., Koob G.F. (2008). Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms. *Alcohol Research & Health*, 31(3).
- Koob G., Volkov N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, Aug, 3(8): 760-73.
- Verheul R., Van Der Brink W., Geerlings P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2): 197-222.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

